

Interventie

LEFF

Erkenning

Erkend door deelcommissie Jeugdgezondheidszorg, preventie en gezondheidsbevordering

Datum: 15 juni 2023

Oordeel: Effectief volgens eerste aanwijzingen voor effectiviteit

De referentie naar dit document is: van den Eynde, Niemer, Tol, Halberstadt, Matthes, Seidell, Scholten, Mirza (11 mei 2023).

Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving 'LEFF'. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload van www.nji.nl/jeugdinterventies.

Inhoud

Inhoud	3
Samenvatting	4
Doelgroep	4
Doel	4
Aanpak	4
Materiaal	4
Onderbouwing	4
Onderzoek.....	5
1. Uitgebreide beschrijving	6
1.1 Doelgroep	6
1.2 Doel.....	7
1.3 Aanpak	8
2. Uitvoering	14
3. Onderbouwing	19
4. Onderzoek	24
4.1 Onderzoek naar de uitvoering	24
4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten	27
5. Samenvatting Werkzame elementen	30
6. Aangehaalde literatuur	31
7. Praktijkvoorbeeld	37

Samenvatting

LEFF (Lifestyle, Energy, Fun & Friends) is een gecombineerde leefstijlinterventie¹ (GLI) waarbij gezinnen in groepsverband gedurende 10 (tot 20) weken aan de slag gaan met gezond eten en bewegen. LEFF is voor kinderen van 7 t/m 12 jaar met overgewicht of obesitas en hun ouders. LEFF heeft een landelijk format, maar is lokaal flexibel wat betreft uitvoerders, locatie, tijden, culturele gebruiken en follow-up. Voor coördinatoren, uitvoerders en deelnemers zijn speciaal ontwikkelde materialen beschikbaar. De interventie richt zich op het verbeteren van kennis, attitude, sociale steun en eigen effectiviteit. Dit gebeurt middels interactieve educatie, zelf oefenen, plezier, bespreken voor- en nadelen van bepaald gedrag, gezamenlijke en individuele doelen en beloningen, het groepsproces, een gezinsaanpak met positieve opvoedstijl en positieve toon van communicatie. Een uitgebreide (proces)evaluatie laat zien dat ouders en kinderen de onderdelen van het programma positief beoordeelden en ook de eerste resultaten op kwaliteit van leven en BMI zijn veelbelovend.

Doelgroep

LEFF is voor kinderen van 7 tot en met 12 jaar met overgewicht of obesitas, en hun ouders. Eén van de ouders neemt ook deel aan de bijeenkomsten.

Doel

Het hoofddoel van de gecombineerde leefstijlinterventie is een gezonder voedings- en beweegpatroon bij de kinderen. Met als uiteindelijk doel, verbetering van de generieke en gewichtsgerelateerde kwaliteit van leven en afname van geslacht- en leeftijdsspecifieke SDS-BMI.

Aanpak

De interventie wordt landelijk gecoördineerd en uitgevoerd binnen gemeentes door een lokale coördinator en een getraind team (coach, bewegcoach en assistent). LEFF heeft een landelijk format (vaste structuur, bijeenkomsten en kerninhoud), maar is lokaal flexibel (uitvoerders, locatie, tijden, culturele gebruiken en follow-up). In totaal worden 20 bijeenkomsten gehouden, in 10 (tot 20) weken, welke bestaan uit groepsbijeenkomsten, groepsgesprekken en beweegactiviteiten.

Materiaal

Voor de lokale coördinatoren zijn wervingsmaterialen en ondersteunende materialen zoals een handleiding met implementatiestappen voor de opzet van het programma beschikbaar. Voor de uitvoerders zijn onder meer handleidingen en posters aanwezig. De deelnemers ontvangen handboeken ter ondersteuning van de bijeenkomsten en praktische materialen zoals een rugzak en placemat.

Onderbouwing

LEFF maakt gebruik van effectieve gedragstechnieken, gericht op het beïnvloeden van vier determinanten van voedings- en bewegingsgedrag: kennis, attitude, sociale steun en eigen effectiviteit.

- Kennis wordt bevorderd middels groepsgesprekken, opdrachten, demonstraties en ondersteunende materialen.
- Een positieve attitude wordt verkregen door plezier tijdens bijeenkomsten voorop te stellen, door de voor- en nadelen van bepaald gedrag te bespreken en de relatie tussen gedachten, gevoelens en gedrag inzichtelijk te maken.

¹ LEFF is de Nederlandse versie van het uit Engeland overgenomen effectieve programma MEND (Mind, Exercise, Nutrition, Do it!).

- Sociale steun in het naleven van een gezonde leefstijl voor het hele gezin wordt bevorderd door contact met gelijkgestemden tijdens de groepsbijeenkomsten en doordat de interventie in de wijk van de deelnemers wordt uitgevoerd. De gezamenlijke LEFF-doelen en de groepsbeloning dragen bij aan de sociale verbondenheid.
- De eigen effectiviteit van deelnemers wordt vergroot door ze positieve ervaringen op te laten doen en door gebruik te maken van individuele doelen en bijpassende beloningen. Daarnaast zorgt de gezinsaanpak, een positieve opvoedstijl en een specifieke positieve toon van communicatie voor ondersteuning bij gedragsverandering.

Onderzoek

In 2014 heeft een pilot plaatsgevonden op 10 locaties in 8 steden in Nederland. Hierna heeft een uitgebreide procesevaluatie plaatsgevonden waarbij verschillende onderzoeksmethoden zijn toegepast, namelijk: semigestructureerde interviews met de coördinatoren, vragenlijsten voor het uitvoerend team en de deelnemers, lichaamsmetingen en focusgroepen met de deelnemers. Over het algemeen hadden de uitvoerders en deelnemers positieve ervaringen met het programma en de uitvoering ervan. Verschillende aanbevelingen om LEFF te optimaliseren zijn na de pilot periode doorgevoerd. Ook de resultaten zijn onderzocht en in 2020 gepubliceerd: na afloop van het programma hebben de kinderen een significant lagere SDS-BMI en hogere kwaliteit van leven geobserveerd.

1. Uitgebreide beschrijving

1.1 Doelgroep

Uiteindelijke doelgroep

De primaire doelgroep bestaat uit kinderen van 7 tot en met 12 jaar met overgewicht of obesitas.

Intermediaire doelgroep

De interventie richt zich ook op de ouders² van de kinderen. Minimaal één van de ouders neemt deel aan de bijeenkomsten.

Selectie van doelgroepen

Selectie van doelgroepen:

- Het kind is 7 tot en met 12 jaar oud;
- Het kind heeft overgewicht of obesitas;
- Het kind volgt basisonderwijs;
- Het kind en de ouder zijn gemotiveerd om alle bijeenkomsten bij te wonen;
- De ouder beheerst de Nederlandse taal voldoende om deel te nemen aan de bijeenkomsten.

Contra-indicaties:

- Medische, lichamelijke, psychologische, leer- en/of gedragsproblemen, waardoor het kind en de ouder het programma niet volledig kunnen doorlopen³;
- Een ouder die niet bij elke bijeenkomst aanwezig kan zijn.
- Geen van de ouders kan bij de bijeenkomsten aanwezig zijn.

Voor aanmelding worden de toelatingscriteria en contra-indicaties getoetst door de JGZ. Voorafgaand aan de interventie tekenen ouders een toestemmingsverklaring.

Betrokkenheid doelgroep

LEFF is de Nederlandse versie van het uit Engeland overgenomen effectieve programma MEND (Mind, Exercise, Nutrition, Do it!). Sinds 2001 is het MEND programma uitgebreid geëvalueerd, bijgesteld en doorontwikkeld, mede aan de hand van de ervaringen van kinderen en ouders. De ontwikkeling van LEFF is gebaseerd op de ruime expertise en ervaringen van MEND (Sacher et al., 2013). Bij de ontwikkeling vond regelmatig overleg plaats tussen ontwikkelaars van LEFF en MEND. Daarnaast is de doelgroep betrokken geweest bij de ontwikkeling van de LEFF-materialen (zie hoofdstuk 2). Verder is er na afloop van de pilot in 2014 een uitgebreide procesevaluatie uitgevoerd (zie hoofdstuk 4.1) waarin o.a. met focusgroepen is nagegaan wat de deelnemers van het programma vonden. Ook wordt altijd in de laatste bijeenkomst een vragenlijst ingevuld en een groepsgesprek gehouden om zo de ervaringen met LEFF na te gaan. Dit is een standaard onderdeel waardoor de invloed van de doelgroep op het programma-aanbod blijft gewaarborgd.

² Waar ouders staat kan ook verzorgers gelezen worden. Wanneer het voor de ouder/verzorgers niet haalbaar is om deel te nemen (bijv. vanwege werk verplichten of taalbarrière), mogen ook andere familieleden deelnemen. Zolang ze een rol hebben in de opvoeding.

³ Bij de intake zijn handvatten beschikbaar om te bepalen of het kind en de ouder op basis hiervan wel of niet kunnen deelnemen.

1.2 Doel

Hoofddoel

Het hoofddoel van de gecombineerde leefstijlinterventie is een gezonder voedings- en beweegpatroon bij de kinderen. Met als uiteindelijk doel, verbetering van de generieke en gewichtsgelateerde kwaliteit van leven en afname van geslacht- en leeftijdsspecifieke SDS-BMI.

Subdoelen

De subdoelen zijn onder de volgende factoren te scharen: kennis, attitude, sociale steun en eigen effectiviteit. Waardoor gedragsverandering plaats kan vinden. Een korte omschrijving van de subdoelen per factor is hieronder voor kinderen en ouders weergegeven.

Kinderen

Kennis:

- Verkrijgen praktische en inhoudelijke informatie over overgewicht/obesitas en een gezonde leefstijl

Attitude:

- Ervaren de voordelen van gezonde voeding en meer bewegen
- Ervaren dat sport en bewegen plezierig is

Sociale steun:

- Ervaren steun van hun ouders en andere kinderen in het nastreven van een gezonde leefstijl.

Eigen effectiviteit:

- Verkrijgen meer zelf- en lichaamsvertrouwen
- Verkrijgen vaardigheden om gezonde leefstijlkeuzes te maken; gezonde voedingskeuzes, meer dagelijkse beweging, omgaan met voedselverleidingen, opstellen van doelen en bijpassende beloningen.

Gedrag:

- Behalen zelf opgestelde doelen op het gebied van voeding en bewegen.

Ouders

Kennis:

- Verkrijgen praktische en inhoudelijke informatie over overgewicht/obesitas, een gezonde leefstijl en gedragsverandering

Attitude:

- Ervaren de voordelen van een gezonde voeding en meer bewegen
- Ervaren de voordelen van het op een respectvolle manier over gewicht praten.
- Ervaren het belang van voorbeeldgedrag als ouders
- Verkrijgen motivatie om hun kind te steunen bij het aanleren van een gezondere leefstijl

Sociale steun:

- Ervaren steun andere ouders en kind in het nastreven van een gezonde leefstijl voor het hele gezin.

Eigen effectiviteit:

- Verkrijgen meer zelfvertrouwen in de wijze waarop zij de leefstijl van hun kind kunnen beïnvloeden
- Verkrijgen vaardigheden om gezonde leefstijlkeuzes te maken; gezonde voedingskeuzes, meer dagelijkse beweging, omgaan met voedselverleidingen, opstellen van doelen en bijpassende beloningen.
- Verkrijgen vaardigheden om het gezin te ondersteunen in het maken van gezonde leefstijlkeuzes; het motiveren van hun kind tot een gezondere leefstijl

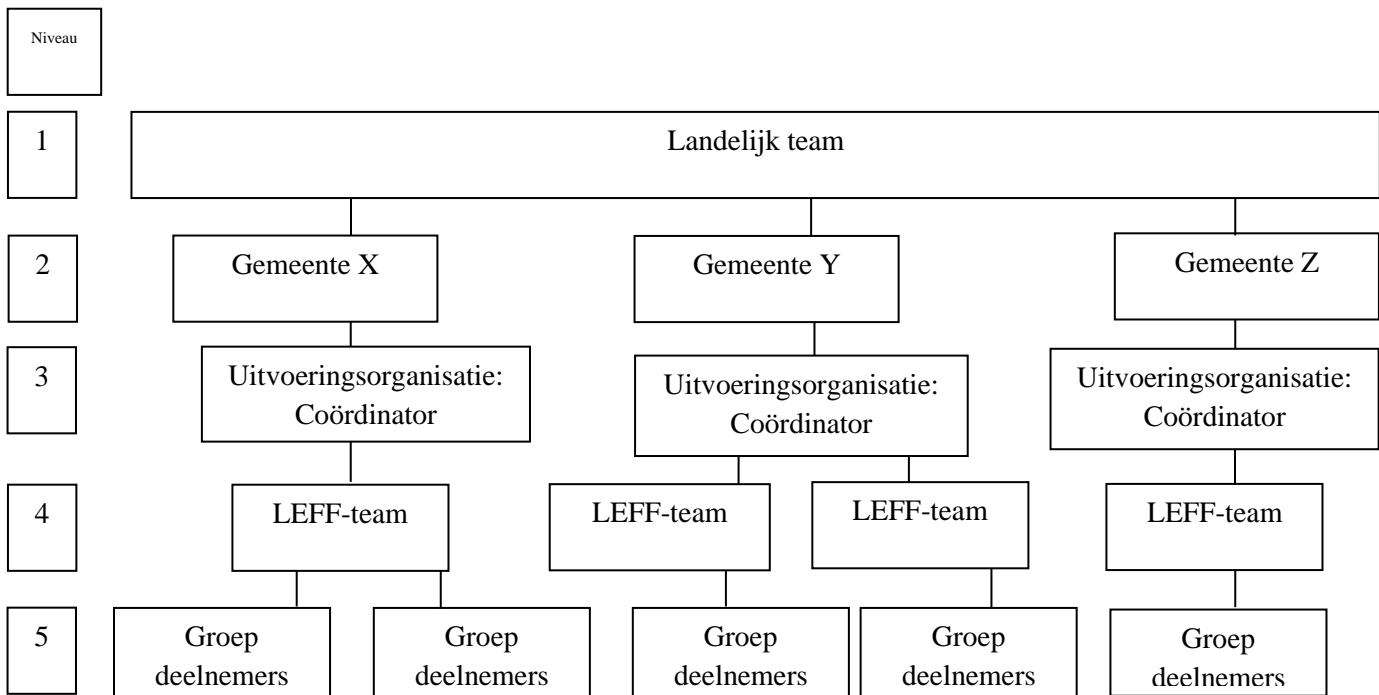
Gedrag:

- Geven praktische en sociale ondersteuning aan kinderen in het opstellen en behalen van doelen met betrekking tot voeding en bewegen.

1.3 Aanpak

Opzet van de interventie

De opzet van de interventie is in vijf niveau's in te delen, zie de schematische weergave hieronder.



Het landelijk team sluit samenwerkingsovereenkomsten met gemeentes af. Per gemeente wordt een uitvoeringsorganisatie gekozen die vervolgens een coördinator aanstelt. De coördinator stelt vervolgens één of meerdere uitvoerende LEFF-teams samen. Dit is afhankelijk van het aantal wijken waarbinnen de interventie wil laten plaatsvinden; er wordt uitgegaan van één team per wijk. De interventie bestaat uit 20 groepsbijeenkomsten gedurende 10 (of 20) weken, van twee keer meestal twee uur per week (er zijn een aantal bijeenkomsten die 1 uur duren). De inhoud van de bijeenkomsten ligt vast in gestructureerde handleidingen voor de uitvoerders.

LEFF heeft een aantal vaste elementen, zoals een landelijk vastgelegd format met een vaste structuur, bijeenkomsten en kerninhoud. Daarnaast zijn er een aantal elementen

flexibel uit te voeren, zoals de uitvoerders, locatie, tijden, culturele gebruiken en follow-up. Deze flexibele elementen zijn voor elke locatie op maat aan te passen. Bijvoorbeeld door teams in te zetten die het beste aansluiten bij de samenstelling van de wijk waar de interventie plaatsvindt, wat bijvoorbeeld kan helpen bij het opbouwen van een vertrouwensband, laagdrempelig communiceren (de taal spreken van de doelgroep) en bij het geven van voorbeelden van specifieke recepten en producten die aansluiten bij het reguliere eetpatroon van de deelnemers.

Inhoud van de interventie

Om de uitvoering van LEFF goed te laten verlopen moeten verschillende activiteiten in fases worden uitgevoerd. De kernactiviteiten voor alle betrokkenen zijn per fase in de tabel hieronder weergegeven.

	Opstart	Voorbereiding⁴	Uitvoering	Afronding
Landelijk team	<ul style="list-style-type: none"> - Informeren geïnteresseerde gemeentes over LEFF & bijbehorende taken en verantwoordelijkheden - Opstellen samenwerkingsovereenkomst 	<ul style="list-style-type: none"> - Organiseren en uitvoeren van trainingen voor uitvoerend team - Leveren materialen 	<ul style="list-style-type: none"> - Monitoring - Vraagbaak voor lokale coördinatoren en uitvoerende teams 	<ul style="list-style-type: none"> - Organiseren landelijke intervisiebijeenkomsten - Evaluatie
Gemeente	<ul style="list-style-type: none"> - Inventarisatie behoefte LEFF in wijk(en) - Regelen financiering - Tekenen samenwerkingsovereenkomst - Aanstellen coördinator 			
Coördinator		<ul style="list-style-type: none"> - Ontvangt handleiding coördinatie - Stelt lokaal team aan - Verzorgt logistiek - Plant data bijeenkomsten, in 10 tot 20 weken o.b.v. te 	<ul style="list-style-type: none"> - Monitoring - Aansturing uitvoerend team 	<ul style="list-style-type: none"> - Terugkoppeling verwijzer - Verzorgt doorgeleiding in de wijk: sport of lokaal gesubsidieerd aanbod - Zorgt indien nodig voor doorstroom

⁴ De voorbereiding bij nieuwe gemeenten en coördinatoren start 20 weken voorafgaand aan LEFF. Bij reeds deelnemende gemeenten of coördinatoren start de voorbereiding 12 weken voorafgaand aan LEFF, omdat er dan voortgeborduurd kan worden op de voorbereidingen van de vorige groepen deelnemers.

		verwachten deelname - Regelt locatie - Houdt de (financiële) administratie bij - Start werving - Beheert administratie van aanmeldingen		naar nazorg/ begeleiding
Uitvoerend team		- Volgen landelijke training - Betrokken bij de werving	- Uitvoeren 20 groepsbijeenkomst en (2x 2 uur per week) - Uitvoeren afsluitende leuke activiteit met de groep (groepsbeloning)	- Bijwonen landelijke intervisie- bijeenkomsten
Deelnemers		- Aanmelden	- Bijwonen bijeenkomsten	- Deelnemen sport of activiteiten in de wijk - Indien nodig, doorstroom naar nazorg/andere begeleiding

Toeleiding

De JGZ of centrale zorgverlener is verantwoordelijk voor passende zorg en ondersteuning voor het kind met overgewicht of obesitas en zorgt dus voor de toeleiding door deelnemers te verwijzen naar lokaal beschikbare interventies, waaronder LEFF. Om de verwijzingen te ondersteunen wordt bekendheid voor LEFF bij zowel verwijzers als potentiële deelnemers gegenereerd en maken de coördinator en/of coach warme overdracht mogelijk. De coördinator informeert (in eventuele samenwerking met het uitvoerende team) mogelijke verwijzers uit de omgeving over het bestaan van LEFF, verspreidt flyers en folders, maakt gebruik van sociale media en organiseert informatiebijeenkomsten voor geïnteresseerde gezinnen. Per locatie kunnen 8 à 12 gezinnen deelnemen.

De coördinator zorgt voor een goede samenwerking met de centrale zorgverlener en/of de JGZ. De coördinator informeert JGZ-verpleegkundigen/jeugdartsen in de betreffende gemeente. Dit houdt in dat informatie verstrekt wordt over de inhoud van LEFF en de manier van verwijzing naar LEFF. Ter ondersteuning voor de verwijzer stuurt de coördinator een informatiedocument met in- en exclusiecriteria (zie 1.1 Selectie van doelgroepen voor deze criteria), waarin ook screeningsvragen voor de exclusiecriteria opgenomen zijn. De verwijzer (JGZ-verpleegkundige of jeugdarts) beoordeelt of het gezin aan de in- en exclusiecriteria van LEFF voldoet.

Wanneer een gezin interesse heeft en voldoet aan de criteria, neemt de JGZ contact op met de coördinator/coach en worden contactgegevens van het gezin doorgegeven. Na de verwijzing wordt het gezin uitgenodigd voor een intake of informatiebijeenkomst. Mocht tijdens deze kennismaking blijken dat een gezin onverhoopt toch niet aan de

inclusiecriteria voldoet, dan zorgt de coördinator dat het gezin weer terug komt bij de verwijzer. Wanneer het gezin niet voldoet aan de inclusiecriteria, is het de verantwoordelijkheid van de verwijzer om samen met het gezin op zoek gaan naar een andere, passende interventie. Ook wanneer een gezin stopt zal dit teruggekoppeld worden aan de verwijzer.

LEFF vindt bij voorkeur plaats in gemeenten met een integrale aanpak voor overgewicht en obesitas, zoals een JOGG-aanpak. Een integrale aanpak bestaat uit zowel een collectieve als een individuele benadering. Collectieve preventie gaat over de omgeving van alle kinderen gezonder maken, o.a. buurt, school, vrije tijd, etc. Bij de individuele benadering gaat het om een ketenaanpak, waarbij het zorgdomein en het sociaal domein samenwerken om maatwerk ondersteuning te bieden die past bij de situatie van het gezin en kind met overgewicht of obesitas. Een GLI is een onderdeel van een ketenaanpak. (Sijben et al 2018, Landelijk model ketenaanpak). Hierdoor is er een bestaand netwerk van preventie- en zorgprofessionals gericht op kinderen met overgewicht en obesitas aanwezig, waarin stepped en matched care (C40/VU/PON 2022) geleverd kan worden. Dit komt de toeleiding naar LEFF ten goede en zorgt er daarnaast ook voor dat er ander aanbod in de keten aanwezig is, op zowel lager als hoger niveau van LEFF. Op die manier kunnen kinderen waarvoor LEFF niet geschikt is, wel in een andere interventie deelnemen.

Inhoud bijeenkomsten

Het gehele programma is zo ingericht dat de gezinnen na afloop van LEFF een grotere mate van eigen effectiviteit hebben; meer zelfvertrouwen en de vaardigheden om gezonde leefstijlkeuzes te maken. Verder is er expliciet aandacht voor voedings- en beweegactiviteiten in de wijk en oefenen de deelnemers met het opstellen van doelen voor gedragsbehoud waar ze na afloop van LEFF zelfstandig mee verder kunnen gaan.

Het programma bestaat uit groepsbijeenkomsten voeding en gedrag voor kinderen en ouders samen, en daarnaast groepsgesprekken voor ouders en beweegactiviteiten voor kinderen. Tijdens de groepsbijeenkomsten brengen ouders en kinderen het eerste uur gezamenlijk door en het tweede uur apart, waarbij de ouders met elkaar in gesprek gaan en kinderen samen gaan bewegen. Er zijn ook een aantal 'speciale' bijeenkomsten, waaronder een speurtocht in de supermarkt, bezoek aan sportclub en een afsluitende diploma-uitreiking. In de volgende paragrafen wordt een korte beschrijving per soort bijeenkomst gegeven:

Groepsbijeenkomsten voeding voor ouders en kinderen

De voedingsbijeenkomsten zijn gebaseerd op drie concepten: 'bewerkte en onbewerkte producten', 'vetten en suikers' en 'etiketten lezen'. Tijdens deze bijeenkomsten wordt er met de voedingsrichtlijn geoefend middels bijvoorbeeld eet- en drinkdoelen, opdrachten, demonstraties en een supermarktbezoek.

Omdat LEFF een lokaal flexibel programma is, bestaat er de mogelijkheid om het programma binnen de gestelde kaders aan te passen aan de doelgroep. Bijvoorbeeld door dieper in te gaan op economisch inkopen doen en de niet-Nederlandse keuken.

In de voedingsbijeenkomsten werken de ouders en kinderen aan **vaststaande LEFF-doelen** op het gebied van eten en drinken⁵, die voor de gehele groep hetzelfde zijn en

⁵ Voorbeeld van deze doelen: Dagelijks ontbijten, dagelijks minstens twee glazen zoete drank vervangen door water en wit- en bruin brood vervangen door volkorenbrood.

gebaseerd zijn op de richtlijnen Goede Voeding (Gezondheidsraad, 2006). Wekelijks worden twee nieuwe doelen onthuld. De voortgang wordt groepsgewijs gemonitord, door wekelijks een ander kind de persoonlijke voortgang te laten vertellen, waarna andere kinderen kunnen reageren met eigen ervaringen.

Groepsbijeenkomsten gedrag voor ouders en kinderen

In de gedragsbijeenkomsten worden onder andere de thema's 'doelen en beloningen', 'invloed van omgeving', 'gedachten en gevoelens' en 'voorbeeldgedrag' besproken. Op basis van een vereenvoudigd G-schema (denk hierbij aan de vragen: Wat is er gebeurd? Waar heb je aan gedacht? Wat heb je gevoeld? Hoe heb je gereageerd? Wat is er vervolgens gebeurd?) worden gedragsveranderingen besproken (Brewin, 2006).

Daarnaast is er binnen de gedragsbijeenkomsten aandacht voor het stellen van persoonlijke doelen en bijpassende beloningen. Tijdens deze bijeenkomsten worden kind en ouder gestimuleerd om samen een persoonlijk voeding- en beweegdoel voor het kind te formuleren. Deze **zelf gekozen, persoonlijke doelen** stellen zij op volgens het SMART-principe (Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch, Tijdsgebonden). De doelen, aangevuld met een door kind en ouder overeengekomen bijbehorende passende beloning, worden opgeschreven in een contract en gedurende het programma nagestreefd. De coach monitort wekelijks de doelen en geeft de kinderen een sticker indien de doelen behaald zijn. Wanneer alle kinderen aan het einde van het programma wekelijks hun persoonlijke doelen behaald hebben, gaat de groep op een zelfgekozen groepsbeloning. Dit is een zelfgekozen activiteit die de groep na afloop van LEFF samen zal gaan ondernemen. De coach heeft voldoende ruimte om de kinderen bonusstickers te geven, zodat de groepsbeloning ook door kan gaan indien niet 100% van de persoonlijke doelen zijn gehaald.

Groepsgesprekken voor ouders

De ouders hebben na elke groepsbijeenkomst een uur met elkaar, onder begeleiding van de coach. Aan de hand van vooraf vastgestelde onderwerpen wordt doorgepraat en krijgen de ouders opvoedingsondersteuning. Het gaat dan bijvoorbeeld om onderwerpen als pesten, moeilijke eters, slaap en voorbeeldgedrag. De ouders geven elkaar adviezen en helpen elkaar, met inhoudelijke ondersteuning van de coach.

Beweegactiviteiten voor kinderen

In het beweegonderdeel staat plezier en interactie voorop. De spelletjes hebben een lage intensiteit, zijn niet-competitief en gericht op samenwerken. Ze zijn aangepast aan een kind boven een gezond gewicht zodat alle kinderen mee kunnen doen. Het kind wordt spelenderwijs gestimuleerd tot lichamelijke activiteit.

Het beweegprogramma heeft een geleidelijke opbouw. Iedere beweegactiviteit bevat een warming-up, een hoofdactiviteit, een waterpauze, een cooling-down en rekoefeningen. Tijdens de hoofdactiviteit vinden uiteenlopende spellen plaats, welke aangepast worden aan het niveau en de behoeften van de deelnemende kinderen. Daarnaast zijn de spelletjes ook informatief over het lichaam, zoals botten en spieren. Verder wordt er aandacht besteed aan mogelijke beweegactiviteiten om na beëindiging van het programma te gaan doen, zo wordt er bijvoorbeeld een kennismaking met een sportvereniging georganiseerd.

Einde programma

Na de laatste bijeenkomst van het programma voeren de deelnemers een zelf gekozen

activiteit uit (de groepsbeloning). Daarnaast worden er terugkombijeenkomsten georganiseerd⁶. Ten slotte worden kinderen die aanvullende zorg nodig hebben verwezen naar de jeugdgezondheidszorg voor een passend vervolg.

⁶ De frequentie, opzet en inhoud van de terugkombijeenkomsten wisselt per locatie, afhankelijk van de behoefte uit de groep. Hierbij valt te denken aan drie groepsbijeenkomsten per jaar waarbij telkens een ander thema wordt uitgediept of bijvoorbeeld deelname van de hele groep en de bewegcoach aan wekelijks sportaanbod in de wijk.

2. Uitvoering

Materialen

De materialen van LEFF zijn overgenomen van MEND en vertaald door ter zake kundige experts. Hierbij is rekening gehouden met Nederlandse gebruiken en richtlijnen. Ook zijn de vertalingen gevolgd door de inhoudelijk verantwoordelijke van MEND.

Daarnaast is tijdens de ontwikkelfase van LEFF kwalitatief vooronderzoek gedaan bij kinderen die behandeld werden voor hun overgewicht of obesitas, om te bepalen wat zij belangrijk vinden aan een interventie (Athena Instituut VU, 2014). Verder zijn (telefonische) expertinterviews gevoerd, met inhoudsdeskundigen op het gebied van leefstijl(interventies), ouders en kinderen.

Een copywriter heeft de inzichten van MEND en de resultaten uit vooronderzoek verwerkt in de specifieke positieve communicatiestijl van LEFF die in alle materialen is doorgevoerd. Hieronder volgt een kort overzicht van de materialen.

Toeleiding

- Ondersteunende materialen voor de lokale coördinator.
- Poster en folder ontwikkeld voor ouders.
- Flyer ontwikkeld voor kinderen.

Uitvoering

- *LEFF-kit*
Materialen voor het uitvoerende team, zoals posters, voorbeelden van voedingsmiddelen en stickers.
- *Deelnemerskit*
Materialen voor de deelnemers, zoals handboeken voor ouders en kinderen. De handboeken zijn ondersteunend aan het programma en bevatten de belangrijkste leermomenten van elke bijeenkomst. Alles wat in de handboeken staat, wordt ook in de bijeenkomsten besproken. LEFF zit zo in elkaar dat wanneer gezinnen de handboeken thuis niet meer bekijken, ze geen informatie missen.
- *Handleidingen team*
Er is een handleiding Voeding & Gedrag voor de coach en een handleiding Bewegen voor de beweegcoach. De assistent ontvangt beide handleidingen. De originele MEND-handleidingen zijn geschreven door in overgewicht en obesitas gespecialiseerde kinderdiëtisten, kinderpsychologen en beweegexperts.

Evaluatie

- *Handleidingen team*
Het evalueren van individuele en groepsdoelen is een vast onderdeel van LEFF waarvoor tijdens het gehele programma veelvuldig aandacht is. Deelnemers weten hierdoor in hoeverre LEFF zinvol voor ze is geweest. Er is een groeps gesprek met de kinderen en ouders over hun ervaringen met LEFF.
- Evaluatievragenlijsten voor kinderen en ouders en LEFF-team

Locatie en type organisatie

Organisatie

De interventie wordt op landelijk niveau gecoördineerd. Het landelijk coördinatieteam bestaat uit twee coördinatoren die contact leggen en onderhouden met gemeenten en lokale LEFF-teams, trainingen en intervisie inplannen, monitoring, zorgen voor het samenstellen en afleveren van kits met materialen en het up-to-date houden van de interventiebeschrijving. Er is een flexibele schil van trainers die kunnen worden ingezet. Er is contact met de VU (C4O) over doorontwikkeling van de interventie, materialen en evaluatie. Samenstellen van kits gebeurt met hulp van vrijwilligers.

De lokale coördinatie vindt plaats door een persoon werkzaam binnen de gemeente of vanuit bijvoorbeeld welzijnsorganisaties, sportorganisaties en GGD-en. De coördinator zorgt voor een goede samenwerking met degenen die de toeleiding verzorgen, de centrale zorgverlener en/of de JGZ in de betreffende gemeente. De coördinator verstrekt informatie over de inhoud van LEFF en de manier van verwijzing naar LEFF. Voor de werving van deelnemers wordt ook contact gelegd met andere organisaties die een rol kunnen spelen, zoals eerstelijnszorginstellingen en scholen. De verwijzers (JGZ verpleegkundige of jeugdarts) beoordelen of een gezin aan de in- en exclusiecriteria van LEFF voldoet.

Locatie

De gemeente bepaalt in welke wijk LEFF ingezet gaat worden. Dit zijn altijd wijken waarbinnen de gemeente een gezond gewicht van de bewoners wil bevorderen. De uitvoering van de interventie zelf vindt plaats op een locatie in de wijk die goed bereikbaar en prettig is voor de deelnemers, zoals wijkcentra of (brede) basisscholen.

Opleiding en competenties van de uitvoerders

LEFF wordt uitgevoerd door personen zonder specifieke (para)medische achtergrond die afkomstig zijn uit of bekend zijn met de wijk, zodat zij zich goed kunnen verplaatsen in de doelgroep. Het lokale uitvoerende team bestaat uit drie personen, die worden aangestuurd door een coördinator:

- De coördinator heeft ervaring met programmacoördinatie en toegang tot kennis van de desbetreffende wijk/buurt en bijbehorende ketenaanpak. Een achtergrond in gezondheidsbevordering is gewenst.
- De coach heeft veel ervaring met het werken met groepen, sterke communicatievaardigheden (m.n. gesprekstechnieken) en is in staat om een groep te motiveren. Wenselijk is een achtergrond in voeding, gezondheidsbevordering of gedragsverandering.
- De beweegcoach heeft een actuele en relevante achtergrond in lichamelijke opvoeding/sport, ervaringen met groepen en kinderen, is in staat kinderen te motiveren en heeft een actueel EHBO certificaat en persoonlijke aansprakelijkheidsverzekering.
- De assistent heeft ervaring met het begeleiden van groepen kinderen en ouders, heeft binnen LEFF een vrijwillige taak en is bekend met de samenstelling van de wijk/buurt.

Voorafgaand aan LEFF volgen de teamleden een landelijke training die zij moeten afsluiten met minimaal 75% goed op de eindtoets en een positieve beoordeling op basis van observaties en een rollenspel (Niemer, 2015, p 22-23). In de training worden de

kernprincipes van LEFF doorgenomen, waaronder de specifieke communicatiestijl en positieve insteek. Ook wordt de theoretische basis wat betreft voeding, gedrag en bewegen besproken. Met behulp van rollenspellen wordt geoefend met de theorie in de praktijk te brengen. De training wordt gegeven door een oud-coach en tijdens de beweegtraining is een beweegcoach aanwezig, waardoor er aandacht is voor de praktijk.

Kwaliteitsbewaking

De kwaliteit van LEFF wordt op verschillende manieren bewaakt.

Ondersteuning en monitoring

Het landelijke team is bereikbaar voor advies en geeft ondersteuning aan de coördinator. Verder bezoeken ze locaties in het kader van kwaliteitsborging en ondersteuning. Kwaliteitsborging vindt plaats middels observaties bij LEFF-groepen, steekproefsgewijs, gericht op het optimaliseren van de uitvoering van LEFF en het bewaken van de kwaliteit van inhoud en lokale uitvoer van het programma. Er wordt 1 sessie geobserveerd en een observatiechecklist ingevuld. Ook vindt een persoonlijk gesprek van de observator met het LEFF-team en de coördinator plaats. De observator is iemand die goed bekend is met de inhoud en doelstellingen van LEFF.

Training

De trainers van de lokale teams zijn expert op gebied van voeding, gedrag en bewegen en hebben veel kennis en ruime ervaring met LEFF⁷. Vast onderdeel van de training is een jaarlijkse intervisiebijeenkomst, waar intervisie en inhoudelijke verdieping met wisselende thema's op het gebied van voeding, gedrag en bewegen centraal staan. Met als doel de deskundigheid van de betrokkenen te bevorderen en de kwaliteit van het werk te verbeteren.

Materialen

Er zijn verschillende materialen beschikbaar, zoals handleidingen voor het uitvoerend team waarin alle bijeenkomsten volledig in spreektaal zijn uitgeschreven. Een gelijke inhoud en juiste specifieke communicatiestijl wordt hierdoor gewaarborgd.

Randvoorwaarden

De randvoorwaarden zijn:

- Met partners in de gemeente/wijk is vastgesteld dat er behoefte is aan een laagdrempelige groepsinterventie in de wijk, nadat er een inventarisatie van lokaal aanbod heeft plaatsgevonden.
- Bij voorkeur heeft de gemeente een integrale aanpak, zoals de aanpak van JOGG (zie blz.10 voor toelichting op integrale aanpak). Dit is geen randvoorwaarde om LEFF goed uit te kunnen voeren. Maar wanneer niet ook de omgeving van kinderen gezonder wordt gemaakt (collectieve preventie), zal het lastiger zijn om gedragsverandering vol te houden. En, LEFF is niet voor alle kinderen met overgewicht/obesitas een passende oplossing. Als er bijv lichamelijke klachten zijn, of als er ernstige problematiek in het gezin speelt, zijn andere vormen van zorg nodig vanuit de keten.
- Er is een financiële basis om de LEFF-groepen te financieren.

⁷ Tijdens de pilot hadden de trainers een speciale training gevolgd bij MEND in Londen. Hierbij hadden zij onder meer een MEND-bijeenkomst geobserveerd. In het kader van de kwaliteitswaarborging was een persoon van MEND aanwezig tijdens de eerste training van de LEFF-teams. In vervoltrainingen is telkens iemand met praktijkervaring met LEFF aangeschoven.

- Een specifieke wijk is gekozen om LEFF te implementeren. Hierbij zijn de belangrijkste professionals (die nodig zijn voor verwijzing/werving) betrokken.
- Een samenwerkingsovereenkomst is getekend tussen de betrokken partijen met duidelijke afspraken, wederzijdse verwachtingen en verantwoordelijkheden.
- De gemeente heeft een uitvoeringsorganisatie (of een groep personeelsleden zoals buurtsportcoaches of combinatiefunctionarissen) op het oog, die zich willen committeren aan een landelijke aanpak met vaste onderdelen en lokale flexibiliteit en een programma uitgevoerd door niet-zorgverleners.
- De coördinator heeft voldoende tijd om de voorbereidingen voor LEFF te organiseren en is bekend met de wijk en mogelijke verwijzers uit de wijk.

Implementatie

Voor de implementatie op landelijk en lokaal niveau kunnen verschillende fases worden aangehouden. Voor een uitgebreider overzicht van de verschillende kernactiviteiten van alle betrokken wordt verwezen naar de tabel (blz. 9) in paragraaf inhoud van de interventie.

Voorafgaand aan start

- Landelijk team informeert gemeenten over LEFF en stelt samenwerkingsovereenkomsten op.
- Gemeenten zorgen ervoor dat aan de randvoorwaarden is voldaan.

Opstartfase

- Landelijk team organiseert trainingen voor lokale teams en levert materialen.
- De coördinator zorgt voor de algemene voorwaarden om te kunnen starten (denk aan team aanstellen, werving, locatie).

Uitvoeringsfase

- Landelijk team biedt ondersteuning aan coördinatoren.
- Coördinator monitort proces van uitvoering.
- Lokale teams voeren de bijeenkomsten uit. Bij spreiding van bijeenkomsten over meer dan 10 weken worden kleine aanpassingen gedaan door de coaches, zoals aan het begin van de bijeenkomsten meer tijd nemen om terug te komen op het hetgeen eerder besproken is. Op basis van een pilot in 2018 met LEFF in 20 weken, gemonitord door de VU, bleek dat de lagere intensiteit deelname bevorderde. De groepsvorming verloopt iets trager vanwege minder frequent contact. De gezinnen hebben langer de tijd om de gedragsverandering te maken.

Afrondingsfase

- Tijdens de laatste bijeenkomsten is er aandacht voor doorgeleiding naar activiteiten in de wijk op het gebied van gezonde voeding en bewegen. Na afloop van LEFF begeleidt de coördinator deelnemers indien wenselijk naar andere ondersteuning, bijvoorbeeld via de JGZ of de centrale zorgverlener.
- Landelijk team verwerkt inzichten uit evaluaties en observaties en deelt ze met trainers en coördinatoren. In overleg met VU/C4O worden waar nodig uitvoeringsmaterialen aangepast.
- Landelijk team organiseert jaarlijks een landelijke intervisiebijeenkomst voor lokale uitvoerende teams.

Behoud:

- Verankering in financieringssysteem van gemeenten en eventueel zorgverzekeraars; Het copyright en intellectuele eigendomsrecht van LEFF berust bij Stichting Gezonde Jeugd; Deze zijn in november 2018 door de stichting VU-VUmc overgedragen aan Stichting Gezonde Jeugd.

Kosten

Een financieel model voor de uitvoer van LEFF is ontwikkeld, wat de kosten dekt van de activiteiten van het landelijk team. Het model bestaat uit onderstaande posten.

1. Tweedaagse training à € 950 per LEFF-professional (LEFF-coach, LEFF-beweegcoach en optioneel ook LEFF assistent).
 - 2 daagse training
 - inclusief accommodatie en catering
2. Kosten per groep
 - 2a. Per eerste groep van een nieuw uitvoerend team betaalt de gemeente € 2500 aan het landelijk LEFF team. Dit bedrag is als volgt opgebouwd:
 - Ondersteuning, vraagbaak en monitoring door landelijk LEFF-team;
 - Jaarlijkse intervisie voor het LEFF-team (1 dagdeel);
 - Starterskit LEFF;
 - Doorontwikkeling van het LEFF programma.
 - 2b. Per iedere nieuwe groep van een bestaand team betaalt de gemeente € 1450 aan het landelijk LEFF team. Dit bedrag is als volgt opgebouwd:
 - Ondersteuning, vraagbaak en monitoring door landelijk LEFF-team;
 - Jaarlijkse intervisie voor het LEFF-team (1 dagdeel);
 - Aanvulkit LEFF;
 - Doorontwikkeling van het LEFF programma.
3. Interne kosten voor de gemeente ten aanzien van personele inzet en accommodatie, deze zullen per gemeente variëren.
 - Huur van een accommodatie voor 4 uur per week over 10 weken (of 2 uur per week over 20 weken). Afhankelijk van tarieven en bestaande contracten.
 - De totale tijdinvestering van het uitvoerende team varieert. De personele kosten zijn afhankelijk van zaken als ervaring en vaardigheden. Onderstaande uren bevatten de training, de bijeenkomsten en voorbereiding:
 - 60-80 uur voor de coach,
 - 40-60 uur voor de beweegcoach
 - 50-70 uur voor de assistent.
 - De coördinator is ongeveer 40 uur per groep bezig (80 uur bij opstarten van eerste LEFF-groep)

3. Onderbouwing

Probleem

In Nederland is het aandeel kinderen wat te zwaar is al jaren hoog en het aantal stijgt. In 2016 had nog 12% van de 4-12 jarigen overgewicht (CBS, 2016). In 2021 had 15,5% van 4-12 jarigen overgewicht, daarvan had 3,6% obesitas (CBS, 2021). In 2010 bleken kinderen en jongeren (2 tot 21 jaar) van Turkse en Marokkaanse afkomst vaker overgewicht en obesitas te hebben dan kinderen van Nederlandse afkomst. Bij de jongens van Turkse en Marokkaanse afkomst was in 2010 bij respectievelijk 32,5% en 25,2% sprake van overgewicht, bij jongens van Nederlandse afkomst 13,3%. Bij de meisjes bedroegen die percentages respectievelijk 31,7% Turkse, 29,1% Marokkaanse en 14,9 Nederlandse afkomst (Schönbeck et al. 2010). Daarnaast wonen zij vaker in wijken met een lage sociaal economische status score. Tussen gemeentes en buurten bestaan echter grote verschillen in het aantal kinderen met overgewicht. In Amsterdam is bijvoorbeeld één op de vijf kinderen te zwaar (Gemeente Amsterdam, 2015).

Overgewicht bij kinderen heeft negatieve effecten op zowel lichamelijke gezondheid (bijv. immuunsysteem, longfunctie, ontwikkeling van spieren, botten, gewrichten) als psychosociale gezondheid (bijv. laag zelfbeeld, pesten, gedragsstoornissen, depressie, minder sociale connecties) (Huiberts & van Stam, 2021; van den Hof et al., 2018). De slechtere lichamelijke en psychosociale gezondheid hebben een direct effect op schoolprestaties (Devaux & Vuik, 2019; Huiberts & van Stam, 2021). Op lange termijn geeft overgewicht op jonge leeftijd een grotere kans op blijvend overgewicht op volwassen leeftijd en ziektes zoals diabetes type 2 en hart- en vaatziekten (Huiberts & van Stam; 2021; Proper en Bemelmans, 2011; van den Hof et al., 2018). Overgewicht op jonge leeftijd leidt tot ongelijkheid qua gezondheid en arbeidsmarktperspectief op volwassen leeftijd (Huiberts & van Stam, 2021). Om dit te voorkomen zou al in de kindertijd aandacht moeten worden besteed aan preventie en aanpak van overgewicht (Huiberts & van Stam, 2021).

Uit onderzoek blijkt dat een gecombineerde leefstijlinterventie (GLI)⁸ de aangewezen behandeling voor overgewicht en obesitas is (CBO, 2008). In de Richtlijn overgewicht en obesitas bij volwassenen en kinderen, is vastgelegd dat de zorg bij overgewicht en obesitas volgens het 'stepped en matched care-principe'⁹ geleverd moet worden. Hiervoor is een ketenaanbod nodig, waarbij de brug tussen preventie en zorg geslagen is en behandelingen op alle niveaus beschikbaar zijn; van laagdrempelige interventies in de wijk tot specialistische zorg in het ziekenhuis (C4O/VU/PON 2022). Wanneer dit ketenaanbod volledig is, kan uiteindelijk een deel van de medische zorg vervangen worden door meer laagdrempelige zorg in een minder kostbare setting. Bij de start van LEFF, waren in Nederland niet veel bewezen effectieve interventies voor kinderen met overgewicht en obesitas. Er bleek behoefte aan een laagdrempelige interventie als eerste stap in de keten en als terugvalpreventie. Dit als aanvulling op het totale ketenaanbod,

⁸ Een gecombineerde leefstijlinterventie bestaat uit het verminderen van de energie-inname, het verhogen van de lichamelijke activiteit en eventuele toevoeging op maat van psychologische interventies ter ondersteuning van gedragsverandering.

⁹ Bij een ketenaanpak georganiseerd volgens het stepped en matched care-principe, begint de behandeling zo laag als mogelijk (minst ingrijpend en kostbare interventie) en zo hoog als nodig, gegeven de ernst van de aandoening. Als de eerste behandeling onvoldoende effectief blijkt, kan vervolgens gekozen worden voor een intensievere of andere behandelvorm.

om de keten meer sluitend kunnen maken. De interventie moest naast laagdrempelig¹⁰ ook structureel, schaalbaar, betaalbaar en evidence based zijn.

Oorzaken

Overgewicht en obesitas bij kinderen ontstaat door gewichtstoename vanwege een verstoorde energiebalans, waarbij kinderen gedurende een langere tijd gewend zijn meer energie uit de voeding binnen te krijgen dan dat zij verbruiken. Hieraan ligt een breed scala van biologische, psychosociale en omgevingsfactoren met complexe onderlinge verhoudingen ten grondslag (CBO, 2008). In de *theory of planned behavior* komen een aantal factoren naar voren die van invloed zijn op verandering van gezondheidsgedrag (Armitage, 2001). Attitude, sociale invloed en eigen effectiviteit worden beschreven als belangrijke factoren die een rol spelen bij de intentie tot gedragsverandering (De vries, 1988).

Attitude

Voor kinderen is het hebben van een positieve attitude ten aanzien van lichamelijke activiteit een van de belangrijkste factoren die een rol speelt bij het bevorderen van de lichamelijke activiteit (D'Haese, 2016). Dit is met name belangrijk bij kinderen met obesitas aangezien zij vaker een negatieve attitude hebben ten opzichte van bewegen dan kinderen met een lager lichaamsgewicht (Deforche, 2006).

Sociale steun

Het voedings- of beweeggedrag wordt ook beïnvloed door de mening van anderen (Visscher, 2012). Wanneer kinderen zich bijvoorbeeld gesteund voelen door de ouders heeft dit een positief effect op de mate van lichamelijke activiteit (Beets, 2010). De invloed van de sociale omgeving speelt dus een belangrijke rol bij het ontstaan en in stand houden van overgewicht (CBO, 2008).

Eigen effectiviteit

Tevens blijkt bij kinderen dat een hogere eigen effectiviteit ten aanzien van voeding en bewegen geassocieerd is met een gezondere leefstijl (Troost, 2001; Fitzgerald, 2013). Hierbij verdient het stimuleren van het zelfvertrouwen extra aandacht aangezien kinderen met obesitas dit vaak minder hebben dan kinderen met een gezond gewicht (Griffiths, 2010).

Kennis

Verder is kennis een belangrijke voorwaarde voor gezond voedings- of beweeggedrag (Brug, 2000). De kennis van kinderen is nog volop in ontwikkeling en de ouders hebben hier onder andere een belangrijke rol bij. Helaas blijkt uit onderzoek dat de helft van de ouders met jonge kinderen onvoldoende kennis heeft over gezonde voeding (Booij et al., 2008).

Ook speelt de attitude van ouders een belangrijke rol bij het ontstaan van overgewicht bij kinderen. Zo blijkt het uitoefenen van druk om bepaalde producten te eten, een negatieve communicatiestijl, of niet gezamenlijk eten met het gezin geassocieerd te zijn met een hogere kans op het ontwikkelen van overgewicht bij kinderen (Birch, 2001; Thomas, 2014; Mamun, 2005). De opvoedstijl van ouders is van grote invloed op mate van overgewicht bij kinderen en hun voedings- en beweeggedrag (Sleddens, 2011). Het

¹⁰ Onder 'laagdrempelige interventie' wordt een reeks aan kenmerken verstaan. Het gaat om onder meer de toegankelijkheid, bereikbaarheid, soort locatie, soort zorgverleners, communicatiestijl, tijdstip, niveau en type van de interventie.

is daarom belangrijk om ouders te ondersteunen bij de opvoeding, bijvoorbeeld via onderlinge uitwisseling van ervaringen (Oudhof, 2013). Ook hebben veel ouders hier vragen over, zoals over de omgang met moeilijk gedrag bij kinderen of grenzen stellen (Speetjens, 2009). Hierbij kunnen gevoelens over de mate van eigen effectiviteit een rol spelen en is het voor het ontwikkelen van de opvoedvaardigheden onder andere zinvol om te richten op het versterken van de eigen kracht en het zelfvertrouwen van ouders (Oudhof, 2013).

Aan te pakken factoren

De interventie richt zich op vier factoren, namelijk kennis, attitude, sociale steun en eigen effectiviteit. Deze factoren zijn voor zowel kinderen als ouders van invloed op het bevorderen van een gezond gewicht bij kinderen. Zoals aanbevolen in de Richtlijn overgewicht en obesitas bij volwassenen en kinderen worden gedragsveranderingstechnieken (Van Dale, 2016) toegepast als onderdeel van de GLI (C40/VU/PON 2022).

In de verantwoording wordt per factor een onderbouwing gegeven van de aanpak binnen LEFF om de doelen te bereiken.

Verantwoording

Het verkrijgen van voldoende *kennis* en inzicht in het eigen ongezonde risicogedrag, oftewel het creëren van bewustzijn, kan gezien worden als een eerste stap in het proces van gedragsverandering (Prochaska, 2008).

Volgens de sociaal-cognitieve leertheorie van Bandura leren mensen niet alleen doordat ze zelf het gedrag uitvoeren en daarvan de consequenties zien. Zij kunnen ook leren door anderen te observeren (model-leren) (Bandura, 1986). Het begrip model moet hierbij niet te letterlijk worden opgevat en kan naast een persoon bijvoorbeeld ook gedrukt leer materiaal zijn (Valcke, 2007). Informatieoverdracht en actieve informatieverwerking is voor het verhogen van kennis dus een goede methode (Brug, 2000). Binnen LEFF wordt daarom gebruik gemaakt van interactieve educatie zoals demonstraties, brainstorm sessies, opdrachten en groeps gesprekken. Ondersteunend hierbij zijn handboeken met informatie die tijdens de bijeenkomsten besproken is. Bijvoorbeeld, veel deelnemende gezinnen aan LEFF hebben een niet-Nederlandse achtergrond, met een variatie in culturele en religieuze achtergronden. Diverse LEFF bijeenkomsten gaan hierop in. Gezinnen helpen elkaar ook door ideeën te delen hoe ze tradities, eetgewoontes, feesten en speciale gelegenheden vanuit hun eigen culturele en religieuze achtergrond gezonder en GO-LEFF kunnen maken.

De *attitude* van mensen bestaat uit affectieve, cognitieve en gedragscomponenten (Petty, 2003). Voor het veranderen van de attitude kunnen deze componenten op verschillende manieren worden aangepakt. Zo kunnen de gevoelens en emoties van personen worden beïnvloed door de voorlichtingsboodschap te associëren met iets wat een positieve reactie oproept (Petty, 2003). Binnen LEFF wordt dit gedaan door plezier tijdens bijeenkomsten voorop te stellen, wat de intrinsieke motivatie tot deelname aan het programma lijkt te verhogen (Watson et al., 2016). De expliciete boodschap van LEFF is om een gezonde leefstijl aan te leren, geen dieet. Verder is het voor attitudeverandering zinvol om te focussen op de voor- en nadelen van bepaald gedrag, zodat achterliggende structuren van bepaalde gedachten achterhaald worden (O'Keefe, 2016). Tijdens verschillende bijeenkomsten en beweegactiviteiten wordt er een vergelijking gemaakt tussen gezond gedrag en ongezond gedrag en worden de voor- en

nadelen hiervan besproken. Daarnaast wordt binnen LEFF aandacht besteedt aan de relatie tussen gedachten, gevoelens en gedrag, ouderbijeenkomst twaalf is hier volledig op gericht. Deze technieken zijn gebaseerd op de cognitieve gedragstherapie van Beck (Beck e.a. 1976). Beck gaat ervan uit dat negatieve gevoelens ontstaan door bepaalde gedachten die iemand heeft en niet door de gebeurtenis zelf. Het idee achter deze therapie is dat je door het veranderen van je gedachten leert gebeurtenissen anders te interpreteren, waardoor negatieve gevoelens kunnen verdwijnen en het gedrag kan veranderen.

Sociale steun kan ervaren worden als er voldaan wordt aan sociale basisbehoeften, zoals het gevoel er bij te horen, gevoel van veiligheid en affectie (Savelkoul, 2014). Het mobiliseren van sociale steun is een belangrijke manier om met sociale invloed om te gaan (Brug, 2000). Binnen LEFF gebeurt dit aangezien het groepsproces centraal staat. Een groep met gelijkgestemden zorgt voor een veilige omgeving waarin fouten gemaakt mogen worden zonder dat er terecht gewezen wordt. Zo leert men van elkaar, krijgt men steun van elkaar, en wordt het zelfvertrouwen vergroot. Ook voelen de kinderen zich gesteund doordat hun ouder ook deelneemt. Daarnaast komen de deelnemers elkaar in de wijk tegen, wat tevens kan bijdragen aan een sociaal netwerk voor langere termijn, zoals vriendschappen tussen deelnemende kinderen (Bartelink, 2015). Een andere manier om te leren omgaan met sociale invloed is het verbeteren van vaardigheden om met sociale druk om te gaan. Bijvoorbeeld door het verhogen van persoonlijke binding (commitment) aan bestaande intenties en gedrag (Brug, 2000). Binnen LEFF wordt dit gestimuleerd middels doelen en beloningen. De doelen en beloningen binnen LEFF hebben zowel een individueel als groeps karakter waardoor ze tevens bijdragen aan het gevoel van autonomie en aan de sociale verbondenheid. Dit zijn belangrijke aspecten voor het verhogen van de intrinsieke motivatie voor blijvende gedragsverandering, aldus de zelfbeschikkingstheorie (Deci, 2002).

Een andere belangrijke determinant van gedragsverandering is de mate van *eigen effectiviteit*. Het verbeteren of aanleren van nieuwe vaardigheden is een belangrijke manier om de eigen effectiviteit te verbeteren (Brug, 2000) wat kan plaatsvinden middels het proces van sociale vergelijking (model-leren) (Bandura, 1986). Bijvoorbeeld wanneer een voorbeeldfiguur (zoals een andere LEFF-deelnemer) een bepaald doel behaalt. Daarnaast leert men door het zelf uit te proberen (Bandura, 1986). Ouders ontwikkelen bij LEFF bijvoorbeeld opvoedvaardigheden, waardoor tevens het zelfvertrouwen kan toenemen. Kinderen oefenen bijvoorbeeld met het lezen van etiketten om vaardigheden te verbeteren wat betreft het maken van gezonde leefstijlkeuzes. Ook werken de deelnemers met het stellen van doelen en beloningen zodat een aanzet wordt gegeven voor het ontwikkelen van positief gewoontegedrag (Bandura, 1986).

Binnen de interventie worden ook de volgende basisprincipes ingezet:

Gezinsaanpak

Het hele gezin moet zich bewust worden van de noodzaak (en mogelijkheden) van gezond gedrag, wil een gecombineerde leefstijl interventie op langere termijn effectief zijn bij kinderen (C4O/VU/PON 2022). Ouders zijn namelijk de rolmodellen en bepalend voor de fysieke en sociale omgeving van het kind (Ritchie, 2005). Bij het programma staat daarom de gezinsaanpak centraal; ouders worden actief bij de behandeling betrokken en worden medeverantwoordelijk gemaakt voor de gedragsverandering. Tijdens de oudergesprekken staat opvoedingsondersteuning centraal. Daarbij komen de

adviezen met name uit de groep en ondersteunen ouders elkaar tijdens de leefstijlverandering.

Positief opvoeden

Positief opvoeden is een manier van opvoeden, zoals geformuleerd door MEND (Sacher, 2013) die erop gericht is de ontwikkeling van kinderen te bevorderen waarbij de nadruk ligt op het bevorderen van een goede communicatie en het geven van positieve aandacht aan dingen die kinderen goed doen. Thema's rondom positief opvoeden lopen door het gehele programma, onder andere grenzen stellen, gezinsregels opstellen, consistentie en gedragsmanagement komen aan bod.

Toon van communicatie

Veel zorgverleners vinden het praten over leefstijl en gewicht lastig (Van Grieken, 2013; Gerards, 2014). Voor een positieve bejegening van de doelgroep is een juist gebruik van terminologie die de doelgroep als prettig ervaart belangrijk. Dit kan ook een belangrijke bijdrage leveren aan het stimuleren van gedragsverandering (Flodmark, 2010).

Onderzoek toont aan dat de woorden 'overgewicht' en 'obesitas', maar ook woorden als 'vet' en 'dik' door de doelgroep als denigrerend en onprettig worden ervaren (ATW Overgewicht, 2010; van der Baan-Slootweg, 2011). Verder is het essentieel dat gezondheidsboodschappen niet als opgelegd, belerend of beschuldigend overkomen en dat er voldoende erkenning is voor de kennis en ervaringen van het gezin, zodat zij zich serieus genomen voelen (Ballering, 2013). Binnen LEFF wordt er daarom gebruik gemaakt van een speciaal ontwikkelde 'toon van communicatie'¹¹ die aansluit bij hoe de doelgroep aangesproken wil worden (Athena Instituut, 2014).

¹¹ Deze specifieke positieve communicatiestijl van LEFF is door het volledige programma verweven, van de werving tot aan de afsluiting van het programma. In de handleidingen voor de teams is bijvoorbeeld iedere bijeenkomst volledig in spreektaal uitgeschreven. Zo gebruikt LEFF de term 'boven een gezond gewicht' en wordt er nergens gepraat over overgewicht, obesitas, afvallen en diëten. Het bezig zijn met de leefstijl wordt zo minder zwaar gemaakt en de nadruk komt te liggen op het plezier hebben. Daarnaast worden verwijzers ook geïnformeerd over het gebruik van de juiste aanknopingspunten voor ouders en kinderen om zo de instroom naar LEFF te verhogen, bijvoorbeeld door de nadruk te leggen op de kernwaarden van LEFF (plezier, vrienden maken en je goed voelen).

4. Onderzoek

4.1 Onderzoek naar de uitvoering

Hoe vaak en waar is de interventie de afgelopen vijf jaar uitgevoerd?

De afgelopen vijf jaar hebben er LEFF-groepen plaatsgevonden in Amsterdam, Den Bosch, Groningen, Katwijk, Smallingerland (Drachten e.o.), Tilburg, Utrecht, Westereen, Zaltbommel en Zwolle.

In sommige plaatsen was er maar één of twee keer een groep, in andere plaatsen, zoals Amsterdam, waren elk jaar meerdere LEFF-groepen.

Hoeveel deelnemers zijn de afgelopen vijf jaar bereikt met de interventie?

Het totale aantal deelnemers de afgelopen vijf jaar ligt naar schatting rond 350 kinderen, plus één ouder per kind; 350 ouders. Dit is een schatting, omdat in de Corona periode (2020 en 2021) veel groepen (deels) niet konden doorgaan. Doordat de uitvoering van LEFF op veel locaties is stilgevallen hebben diverse trainers, en getrainde uitvoerders van LEFF in de tussentijd andere rollen aangenomen, wat de continuïteit van de uitvoering bemoeilijkte. Momenteel (eind 2022) vinden LEFF groepen plaats in Amsterdam en Smallingerland. Er komen (2023) weer meerdere aanvragen binnen van andere gemeenten en het landelijk team is bezig met het (opnieuw) vergroten van het bereik.

- a) Niemer, S., Bruggers, C., & van den Eynde, E. (2015). LEFF 2013 t/m 2015 - Een beschrijving van de ontwikkeling, uitvoering en eerste resultaten van LEFF in Nederland. Care for Obesity & Vrije Universiteit Amsterdam.
- b) In 2014 is de pilot van start gegaan op 10 locaties in 8 steden. Hierna zijn er, op 1 gemeente na, in dezelfde gemeentes opnieuw groepen gestart. Na afloop van de pilot heeft een uitgebreide procesevaluatie plaatsgevonden. Hierbij zijn verschillende onderzoeksmethoden toegepast, namelijk semigestructureerde interviews met lokale coördinatoren (n=8), schriftelijke vragenlijsten bij het team (n=35) en bij deelnemers (102 kinderen en 63 ouders), focusgroepen bij deelnemers (28 kinderen en 25 ouders, zie Sarti et al., 2015 in bijlage).
- c) Tijdens de pilot zijn in acht gemeenten op 10 locaties groepen uitgevoerd. De GGD/JGZ en de school zijn de meest belangrijke verwijzers naar LEFF (p33). Gemiddeld zijn er 12 gezinnen per locatie gestart (n=102 gezinnen). De kinderen waren gemiddeld 9 jaar oud, 28% had overgewicht en 69% obesitas. Ook de meeste ouders waren te zwaar (26% overgewicht, 56% obesitas). De helft van de ouders was laag opgeleid en twee-derde had een niet-Nederlandse culturele achtergrond. Deze resultaten laten zien dat deze doelgroep, in aandachtswijken van gemeenten, bereikt kan worden.

Belangrijkste succesfactoren waren:

- De lokale coördinatoren waren over het algemeen positief over het programma en de uitvoering ervan. De uitvoerende teams zijn positief over zowel de inhoud, training als praktische aspecten van het programma.
- De deelnemers beoordeelden de verschillende programmaonderdelen en activiteiten van LEFF ook als positief (eveneens in Sarti et al., 2015).

Belangrijkste aanbevelingen waren:

- Er was veel variatie tussen locaties, zoals de groepsgrootte (range 7 – 16 gezinnen), aanwezigheid van gezinnen en follow-up/terugkombijeenkomsten.
- Enkele coördinatoren hadden onvoldoende ervaring, waren onbekend met de wijk en mogelijke verwijzers hierbinnen of hadden onvoldoende tijd voor het stimuleren van verwijzingen naar LEFF.
- LEFF was op alle locaties duurder dan voorzien; het kostte meer tijd en er waren hogere uurtarieven.
- Ouders waren wisselend in hoe ze de intensiteit van het programma ervaarden.

Opvolging belangrijkste aanbevelingen:

Er zijn verschillende aanbevelingen gedaan om LEFF te optimaliseren. Veel belangrijke punten hierbij zijn verwerkt in de implementatierondes vanaf 2015:

- De training is ingekort en wordt gegeven door oud-coach.
- Kostendekkend financieel model is ontwikkeld, zie kosten paragraaf.
- Instroom is aangepast, middels richtlijnen in handleiding coördinatie.
- Optimalisatie en digitalisatie van de evaluatie heeft plaatsgevonden.
- Inhoudelijke update handleidingen en handboeken, obv van eigen evaluatie, versie-update MEND en nieuwe schijf van vijf. Op advies van expertise centrum gezondheidsverschillen (Pharos) is de tekst van handboeken ouders simpeler geschreven.

- a) Maarschalkerweerd, P. van & Niemer, S. (oktober 2018) Rapportage - Kinderen, ouders en coördinatoren over hun ervaringen na LEFF. Care for Obesity & Vrije Universiteit Amsterdam.
- b) In de zomer van 2018 is kleinschalig kwalitatief onderzoek uitgevoerd door twee onderzoekers van Care for Obesity naar wat nodig zou zijn na LEFF om het gezonde geleerde gedrag te behouden. De resultaten waren bedoeld om LEFF te kunnen verbeteren. Ze zijn niet generaliseerbaar aangezien een kleine specifieke groep bevraagd is. De behoeftes en wensen tijdens en na LEFF van kinderen en ouders zijn middels groepsinterviews onderzocht bij een groep kinderen en een groep ouders die LEFF recent hadden afgerond. Hierbij is gebruik gemaakt van creatieve technieken, zoals een teken - en schrijfpodracht en muurkranten. Ook werden coördinatoren van verschillende LEFF-gemeenten telefonisch geïnterviewd over nazorg na LEFF. En over LEFF als nazorg (bijvoorbeeld na een traject in het ziekenhuis).
- c) Zowel kinderen als ouders waren zich na LEFF nog steeds bewust van gezonde GO-LEFF voeding en hadden dit grotendeels geïntegreerd in hun dagelijks leven. Sporten na LEFF werd wel duidelijk anders ervaren, want dit was vaak een specifieke sport, meer competitief van aard. Ze misten de LEFF beweegactiviteiten.

In het traject na LEFF worden acties ondernomen om gezinnen te helpen met hun gezonde leefstijl. Dit wordt op elke LEFF-locatie anders ingevuld. De kinderen en ouders zijn niet concreet over wat zij nodig zouden hebben om een gezonde leefstijl te kunnen volhouden, maar ze hebben wel behoefte aan handvatten en (individueel) passende begeleiding voor het volhouden van het gezonde gedrag. Het contact voor nazorg na LEFF is vaak de Jeugdgezondheidszorg (JGZ). In de toekomst kan dit de centrale zorgverlener zijn.

LEFF is wenselijk om als nazorgtraject na een intensievere behandeling gebruikt te worden volgens de coördinatoren, als volgende stap in de goede richting. Echter moet in acht worden genomen dat de hulpvraag van het gezin aansluit op wat LEFF kan bieden.

- a) Spel, D. (januari 2020) Eindverslag Arrangeren van pedagogische interventies LEFF, Stichting Empower.
 - b) Analyse van de interventie LEFF voor de toepasbaarheid bij Stichting Empower. als interventie voor kinderen met ADHD of autisme, gericht op (het voorkomen van) overgewicht, een gezonde leefstijl en voldoende in beweging zijn.
 - c) De analyse heeft geleid tot een positief advies om een pilot te starten met LEFF bij Stichting Empower in 2021, om te onderzoeken of LEFF als basis kan dienen voor een structureel uit te voeren preventieprogramma voor kinderen met ADHD of autisme. LEFF is in overleg aangepast op de beoogde doelgroep: Het aanpassen van de theorieles en het beweegaanbod. Groepsgrootte verkleind naar max 8 gezinnen. Leeftijdsgrens verruimd t/m 16 jaar. Doelgroep uitgebreid naar kinderen die een structuurverlenende omgeving nodig hebben en gevoelig zijn voor het ontwikkelen van overgewicht. Na afsluiting van LEFF wordt doorverwezen naar sportgroepen van Stichting Empower en/of SportService Zwolle voor het vinden van een passende sport. Daarna kunnen kinderen naar het reguliere sportaanbod doorstromen. <https://www.stichtingempower.nl/pec-heeft-leff-versterkt-vitaliteit-gezinnen/>
-
- a) Grootens-Wiegers, P., van den Eynde, E., Halberstadt, J., Seidell, J.C. & Dedding, C. (2020). The "Stages Towards Completion Model": what helps and hinders children with overweight or obesity and their parents to be guided towards, adhere to and complete a group lifestyle intervention. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 15(1), 1735093, DOI: 10.1080/17482631.2020.1735093.
 - b) Het onderzoek bestond uit een kleinschalige literatuurstudie en een kwalitatief onderzoek. Op basis van de literatuur is een tentatief model gemaakt van bevorderende en belemmerende factoren bij toeleiding en voltooiing. Aan de hand van dit model is een kwalitatief onderzoek uitgevoerd naar de perspectieven, motieven en verwachtingen van voltooiers, zowel ouders (n=21) en kinderen (n=30), en coaches (n=7) van twee leefstijlinterventies in Amsterdam: LEFF en Friends in Shape. Hierbij is gebruik gemaakt van semi-gestructureerde interviews, met aanvullend tijdslijnen en doorgeefvragen voor de kinderen, en twee focusgroepdiscussies.
 - c) De resultaten geven inzicht in de verschillende belemmerende en faciliterende factoren in de toeleiding naar en de voltooiing van LEFF en Friends in Shape. Een grote meerderheid van de voltooiers die hebben deelgenomen aan deze studie is doorverwezen door een zorgverlener, heeft die verwijzing opgevolgd – vaak zonder te weten wat de interventie precies inhoudt – en ervoer het gewicht van het kind als een probleem waarvoor zij een oplossing zochten. Het goed willen doen voor het kind is de belangrijkste motivatie van de ouders. De voornaamste barrière zijn de complexe leefomstandigheden van de gezinnen, waardoor het moeilijk is om naar de interventie te blijven komen. Het is niet één specifieke factor die domineert, maar een samenspel van factoren, welke elkaar in de praktijk veelal versterken. Binnen de interventies LEFF en Friends in Shape zijn het uiteindelijk de positieve balans tussen de ervaren barrières en de faciliterende factoren die ervoor heeft gezorgd dat deze mensen het programma hebben voltooid.

4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten

- a) van den Eynde, E., Camfferman, R., Putten, L. R., Renders, C. M., Seidell, J. C., & Halberstadt, J. (2020). Changes in the Health-Related Quality of Life and Weight Status of Children with Overweight or Obesity Aged 7 to 13 Years after Participating in a 10-Week Lifestyle Intervention. *Childhood Obesity*, 16(6), 412-420. DOI: 10.1089/chi.2020.0070
- b) Een interventie studie is uitgevoerd onder 340 kinderen (7 tot en met 12 jaar) met overgewicht of obesitas en een ouder. Het merendeel van de kinderen was in Nederland geboren en 73% van de kinderen had een niet-Nederlandse etniciteit. De interventie vond plaats tussen 2014 en 2016 in 11 gemeentes op 16 locaties, wat meestal zogenaamde aandachtswijken waren. Metingen vonden plaats tijdens de eerste en één na laatste bijeenkomst. De PedsQL 4.0 en IWQOL-KIDS zijn gebruikt om generieke en gewichtsgelateerde kwaliteit van leven te meten. Beide vragenlijsten over de kwaliteit van leven bestaan uit verschillende elementen (schalen) wat resulteert in een totaal score (range 0 – 100). Lengte en gewicht werden door LEFF-coaches gemeten volgens gestandaardiseerd protocol. Aanwezigheid is tijdens elke bijeenkomst door het LEFF-team bijgehouden. Veranderingen in kwaliteit van leven en SDS-BMI zijn getoetst met een Wilcoxon signed-rank test, Mann-Whitney U test en gepaarde t-toets.
- c) De interventie is uitgevoerd door getrainde LEFF-coaches volgens de LEFF-handleiding. Een *missing data* analyse liet zien dat de missende data willekeurig missend waren.

Na 10 weken participatie in LEFF zijn generieke en gewichtsgelateerde kwaliteit van leven en SDS-BMI statistisch significant verbeterd. De gemiddelde verandering in generieke kwaliteit van leven was 1.97, 95% CI [.51, 3.42] en gewichtsgelateerde kwaliteit van leven was 2.89, 95% CI [1.45, 4.33]. De gemiddelde verandering in SDS-BMI was -0.13, 95% CI [-.15, -.10].

De daling van het SDS-BMI was vergelijkbaar met de uitkomsten van MEND (Fagg et al., 2014). Andere Nederlandse leefstijlinterventies vonden ook een dergelijke daling (Slinger et al., 2008; de Vries et al., 2010) of geen daling (Gerards et al., 2015) van het SDS-BMI.

De rol van aanwezigheid in de verandering van kwaliteit van leven en SDS-BMI is ook onderzocht. Gemiddeld waren de gezinnen 73,74% van de bijeenkomsten van aanwezig. Dit was niet geassocieerd met verandering in de uitkomstmaten. Een mogelijke verklaring hiervoor is het gebrek aan variatie in de aanwezigheidspercentages, 84% van de gezinnen was meer dan de helft van de bijeenkomsten aanwezig.

Deze studie laat zien dat deelname aan LEFF geassocieerd is met een verbeterde generieke en gewichtsgelateerde kwaliteit van leven en SDS-BMI. Toekomstige studies zijn nodig om de langetermijneffecten van deze leefstijlinterventie binnen een ketenaanpak van zorg en ondersteuning te onderzoeken, evenals de kosteneffectiviteit.

LEFF is de Nederlandse versie van MEND, het LEFF-programma is identiek aan MEND. Enkel een paar kleine aanpassingen (zoals de Schijf van Vijf) zijn gemaakt om het programma bij de Nederlandse gebruiken en richtlijnen te laten passen. MEND is na haar ontwikkeling in 2001 uitgebreid geëvalueerd, bijgesteld en beschreven in de wetenschappelijke literatuur. Een volledig overzicht van de 35 wetenschappelijke publicaties (o.a. op het gebied van gezondheid en kosteneffectiviteit) over MEND is hier te vinden: <https://healthyweightpartnership.org/our-research/>. Onderstaand zijn drie

effectstudies beschreven; de eerste randomized controlled trial, een grootschalige studie en een lange termijn studie.

- a) Sacher, P. M., Kolotourou, M., Chadwick, P. M., Cole, T. J., Lawson, M. S., Lucas, A., & Singhal, A. (2010). Randomized controlled trial of the MEND program: a family-based community intervention for childhood obesity. *Obesity, 18*(S1).
 - b) RCT naar de effectiviteit van MEND in Engeland. Hierin zijn kinderen (8 tot 12 jaar) met obesitas random toegewezen aan een interventie of wachtlijst controle conditie. Data is verzameld tijdens metingen op nul, zes en twaalf maanden. De uitkomstmaten waren middelomtrek, BMI, cardiovasculaire conditie, lichamelijke activiteit en inactiviteit en zelfwaardering.
 - c) Uiteindelijk deden er 116 gezinnen mee. Van de participanten in de interventie groep was op de 6 maanden meting de middelomtrek z-score (-0.37) en BMI z-score (-0.24) afgenomen in vergelijking met de controleconditie. Ook zijn tussen de groepen significante verschillen gevonden in cardiovasculaire conditie, lichamelijke activiteit en inactiviteit en zelfwaardering. De gemiddelde aanwezigheid van de bijeenkomsten was 86%. Op de 12 maanden meting hadden de participanten uit de interventie groep verminderde z-scores van middelomtrek (-0.47) en BMI (-0.23) en de verbeteringen in cardiovasculaire fitheid, niveaus van lichamelijke activiteit en zelfwaardering hadden stand gehouden.
-
- a) Fagg, J., Chadwick, P., Cole, T. J., Cummins, S., Goldstein, H., Lewis, H., ... & Law, C. (2014). From trial to population: a study of a family-based community intervention for childhood overweight implemented at scale. *International journal of obesity (2005), 38*(10), 1343.
 - b) Een grootschalige evaluatie heeft plaatsgevonden onder gezinnen die tussen 2007 en 2010 deel hebben genomen aan MEND in Engeland. De uitkomstmaten waren gemiddelde verandering in BMI, gestandaardiseerde BMI aan de hand van leeftijd en geslacht (BMI Z-score), zelfwaardering (Rosenberg schaal) en psychische problematiek (Strengths and Difficulties Questionnaire, SDQ). De uitkomsten zijn vergeleken tussen de eerste en de voorlaatste bijeenkomst.
 - c) Er hadden n=13 998 families deelgenomen aan MEND. Complete data waren beschikbaar van: n=9563 families voor verandering in BMI en zBMI, n=5078 voor verandering in zelfwaardering en n=8127 voor verandering in psychische problematiek. BMI daalde met gemiddeld 0.76 kg/m ($p < 0.0001$), zBMI daalde met gemiddeld 0.18 ($p < 0.0001$). Psychische problematiek daalde ook en zelfwaardering was gestegen. In het algemeen, verbeterden de uitkomsten van de kinderen met een lage sociaal economische klasse en Aziatische achtergrond minder dan de witte kinderen.
-
- a) Kolotourou, M., Radley, D., Gammon, C., Smith, L., Chadwick, P., & Sacher, P. M. (2015). Long-term outcomes following the MEND 7–13 child weight management program. *Childhood Obesity, 11*(3), 325-330.
 - b) Het doel was het bepalen van het lange termijn effect van MEND op verschillende uitkomstmaten (antropometrie, psychische problematiek en lichaams- en zelfwaardering). In 2011 heeft een nameting plaatsgevonden onder 165 kinderen die 2,4 jaar eerder aan MEND in Londen hadden deelgenomen. De deelnemers zijn random geselecteerd uit de 53 MEND-groepen die in 2009 hebben plaatsgevonden.
 - c) De resultaten op de baseline variabelen waren niet significant verschillend tussen de geselecteerde groep en niet-geselecteerde groep kinderen. 2,4 jaar na afloop van MEND waren alle uitkomstmaten bij jongens significant verbeterd. Bij meisjes was er geen significant verschil in uitkomstmaten, behalve voor "body esteem". De

gemiddelde BMI z-score was $2,72 \pm 0,59$ bij baseline en $2,70 \pm 0,60$ 2,4 jaar na afloop van MEND. Over het algemeen blijft het lichaamsgewicht van kinderen met overgewicht toenemen als er niet wordt ingegrepen. Een stabilisatie van het lichaamsgewicht op lange termijn is daarom een positieve uitkomst te noemen.

5. Samenvatting Werkzame elementen

Inhoudelijke elementen

- Richt zich op voeding, gedrag en bewegen (gecombineerde leefstijlinterventie).
- Bevorderen van de kennis door onder andere de handboeken, opdrachten, groepsgesprekken en demonstraties.
- Bevorderen van een positieve attitude door plezier tijdens bijeenkomsten voorop te stellen, door de voor- en nadelen van bepaald gedrag te bespreken en de relatie tussen gedachten, gevoelens en gedrag inzichtelijk te maken.
- Bevorderen van de sociale steun in het naleven van een gezonde leefstijl voor het hele gezin door lotgenotencontact tijdens de groepsbijeenkomsten en doordat de interventie in de wijk van de deelnemers wordt uitgevoerd. Daarnaast dragen de gezamenlijke doelen en de groepsbeloning bij aan de sociale verbondenheid.
- Bevorderen van de eigen effectiviteit door zelf positieve ervaringen op te doen en het stellen van haalbare doelen en bijpassende beloningen. Hierbij wordt gebruik gemaakt van persoonlijke en doelen, een doelen en beloningenstickerkaart, een eet- en drinkdoelen vertelmoment, de groepsbeloning en ondersteunende materialen zoals het handboek en een contract tussen ouders en kind.
- Daarnaast zorgt de gezinsaanpak, positief opvoeden en een specifieke positieve toon van communicatie voor ondersteuning bij gedragsverandering.

Praktische elementen

- Landelijk format met lokale flexibiliteit om aan te passen aan de lokale doelgroep.
- *Uitvoerders zijn personen* bekend met de wijk en hebben een speciale training gevolgd (*geen (para)medici*).
- Er is een goede samenwerking in de wijk voor voldoende verwijzing.
- *Het programma wordt uitgevoerd* op een bereikbare locatie voor de deelnemers en na schooltijd.
- Maakt gebruik van verschillende materialen speciaal ontwikkeld voor de verwijzers, uitvoerders en de deelnemers.

6. Aangehaalde literatuur

Armitage, C.J. & Conner, M. (2001). Efficacy of the theory of planned behavior: a meta-analytic review. *British Journal of Social Psychology*, 40, 471–499.

Athena Instituut (2014). *Kinderen over leefstijlprogramma's en LEFF*. Amsterdam: Vrije Universiteit Amsterdam

ATW Overgewicht. (2010). *Preventie en behandeling van overgewicht en obesitas in Zwolle. Eindrapport Kwalitatief Onderzoek*.

Baan-Slootweg, van der O.H. & Numann, L.A. (2011) *What's in a name? Children's preferred terms for describing obesity (poster)*. Hilversum: Merem Childhood obesity Centre Heideheuvel.

Balling, C., Schreurs, H., Renders, C., Kooiker, S., & Ameijden, E. van. (2013). Een inkijk in verhalen achter leefstijlgewoontes. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 91(5), 263-269.

Bandura, A. (1986) *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Approach*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Bartelink, C., Verheijden, E. (2015) *Wat werkt bij het versterken van het sociale netwerk van gezinnen*. Utrecht: Nederlands Jeugd Instituut. Binnengehaald 18-03-2016, via http://www.nji.nl/nl/Download-NJi/Wat-werkt-publicatie/Watwerkt_Sociaalnetwerkversterken.pdf

Beck, A.T. (1976) *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press

Cardinal, B.J., Alderman, B.L. (2010) Parental Social Support and the Physical Activity-Related Behaviors of Youth: A Review. *Health Educ Behav*. Oct;37(5):621-44

CBS & consortium, (2016). *Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor*, <https://www.rivm.nl/leefstijlmonitor>

CBS & consortium (2021). *Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor*, <https://www.rivm.nl/leefstijlmonitor>

C40/VU/PON (2022), Richtlijn overgewicht en obesitas bij volwassenen en kinderen. Diagnostiek, ondersteuning en zorg voor mensen met obesitas of overgewicht in combinatie met risicofactoren en/of co-morbiditeit. [https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/overgewicht_en_obesitas_bij_volwassenen_en_kinderen/startpagina - overgewicht en obesitas bij volwassenen en kinderen.html](https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/overgewicht_en_obesitas_bij_volwassenen_en_kinderen/startpagina_-_overgewicht_en_obesitas_bij_volwassenen_en_kinderen.html)

Birch, L.L., Davison, K.K. (2001) Family environmental factors influencing the developing behavioral controls of food intake and childhood overweight. *Pediatr Clin North Am*. Aug;48(4):893-907.

Booij, Y., van Leerdam, F., Stolte, I., Pijpers, F. & van der Wal, M. (2008). Kennis van ouders over overgewicht en gezonde voeding van kinderen. *Tijdschrift voor Jeugdgezondheidszorg*, 40, 114-118.

- Brewin, C.R. (2006). Understanding cognitive behaviour therapy: A retrieval competition account. *Behaviour Research and Therapy*, 44 (6), 765-784.
- Brug, J., Schaalma, H., Kok, G., Meertens, R.M., van de Molen, H.T. (2000) *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering. Een planmatige aanpak*. Assen: van Gorcum.
- Butland, B., Jebb, S., Kopelman, P., McPherson, K., Thomas, S., & Mardell, J. (2007). *Foresight. Tackling Obesity: Future Choices – Project Report*. London: Government Office for Science.
- Dale, D. van (2016) Werkzame elementen van voeding- en beweeginterventies – slimme combinaties van gedragsveranderingsinterventies. TNO, in opdracht van RIVM CGL
- Devaux, M. & Vuik, S. (2019). The relationship between childhood obesity and educational outcomes.
- De Vries, H., Dijkstra, M., Kuhlman, P. (1988) Self-efficacy: the third factor besides attitude and subjective norm as a predictor of behavioural intentions. *Health Educ. Res.* 3 (3), 273-282.
- De Vries, S.I., Schokker, D.F. Galinda Garre,. F. Crone, M.R. & Van der Kamp, H.J.(2010). Effectevaluatie van een multidisciplinair behandelprogramma voor jeugdigen met overgewicht: Weet & Beweeg
- Deci, E., Ryan, R. (2002) *Overview of Self-Determination Theory: An Organismic Dialectical Perspective, in Handbook of Self-Determination Research"*, (p3-34). Rochester.
- D'Haese, S., Cardon, G., De Bourdeaudhuij, I., Deforche, B., De Meester, F., Van Dyck, D. (2016) Changes in Individual and Social Environmental Characteristics in Relation to Changes in Physical Activity: a Longitudinal Study from Primary to Secondary School. *Int J Behav Med.* Mar 18.
- Eynde, E. van den, Camfferman, R., Putten, L. R., Renders, C. M., Seidell, J. C., & Halberstadt, J. (2020). Changes in the Health-Related Quality of Life and Weight Status of Children with Overweight or Obesity Aged 7 to 13 Years after Participating in a 10-Week Lifestyle Intervention. *Childhood Obesity*, 16(6), 412-420. DOI: 10.1089/chi.2020.0070
- Fagg, J., Chadwick, P., Cole, T.J., Cummins, S., Goldstein, H., Lewis, H., et al. (2014). From trial to population: a study of a family-based community intervention for childhood overweight implemented at scale. *International Journal of Obesity*, 38(10), 1343-9.
- Fitzgerald, A., Heary, C., Kelly, C., Nixon, E. (2013) Self-efficacy for healthy eating and peer support for unhealthy eating are associated with adolescents' food intake patterns. *Appetite*. Apr;63:48-58.
- Flodmark, C.E. (2011). Chapter 37 – Psychotherapy as an intervention for child obesity. In: Bagchi, D. (Ed.) *Global perspectives on childhood obesity: Current status, consequences and prevention* (pp. 401-410). Academic press.

- Gerards, S.M P.L.G. (2014). *Childhood obesity prevention: Rationale, implementation and effectiveness of the Lifestyle Triple P intervention*. Universiteit Maastricht.
- Gerards, S. M., Dagnelie, P. C., Gubbels, J. S., van Buuren, S., Hamers, F. J., Jansen, M. W., . . . Kremers, S. P. (2015). The effectiveness of lifestyle triple P in the Netherlands: a randomized controlled trial. *PLoS One*, 10(4), e0122240. doi:10.1371/journal.pone.0122240
- Grieken, A. van. (2013). *Promotion of a healthy weight and lifestyle among children: The 'Be Active, Eat Right' study*. Erasmus MCL: University Medical Center Rotterdam. <http://repub.eur.nl/pub/50003/>.
- Griffiths, L.J., Parsons, T.J., Hill, A.J. (2010) Self-esteem and quality of life in obese children and adolescents: a systematic review. *Int J Pediatr Obes*. Aug;5(4):282-304.
- Gemeente Amsterdam. (2015) *Amsterdamse aanpak gezond gewicht programmaplan 2015-2018*. Binnengehaald 11-02-2016, via <https://www.amsterdam.nl/gemeente/organisatie/sociaal/onderwijs-jeugd-zorg/amsterdamse-aanpak/nieuwsindex-gezond/alle-amsterdamse/>
- Gezondheidsraad (2006) *Richtlijn Goede Voeding 2006*. Den Haag: Gezondheidsraad, 2006; publicatie nr 2006/21.
- Grootens-Wiegers, P., van den Eynde, E., Halberstadt, J., Seidell, J.C. & Dedding, C. (2020). The "Stages Towards Completion Model": what helps and hinders children with overweight or obesity and their parents to be guided towards, adhere to and complete a group lifestyle intervention. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 15(1), 1735093, DOI: 10.1080/17482631.2020.1735093.
- Grootens, R., Van den Eynde, E., Halberstadt, J., Niemer, S., Seidell, J.C. & Dedding, C. (oktober 2018). *Tipsheet: Wat zorgt ervoor dat kinderen met overgewicht of obesitas een leefstijlinterventie starten en afmaken?* Amsterdam: Care for Obesity en Athena Instituut.
- Grootens, R., Van den Eynde, E., Halberstadt, J., Niemer, S., Seidell, J. & Dedding, C. (april 2017).
- Rapportage Toeleiding naar en voltooiing van leefstijlinterventies voor kinderen met overgewicht en obesitas. Amsterdam: Care for Obesity en Athena Instituut.
- Huiberts, I., & van Stam, W. (2021). *Wat kost overgewicht? Een literatuurstudie naar de (financiële) gevolgen van overgewicht bij kinderen*. Mulier Instituut i.s.m. JOGG, https://www.ggdzw.nl/wp-content/uploads/2021/04/Factsheet_Wat-kost-overgewicht_MI_def.pdf
- Kolotourou, M., Radley, D., Gammon, C., Smith, L., Chadwick, P., Sacher, P.M. (2015) Long-Term Outcomes following the MEND 7-13 Child Weight Management Program. *Childhood Obesity*, 11(3).
- Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. (2008). *Richtlijn Diagnostiek en behandeling van obesitas bij kinderen en volwassenen*. Via www.cbo.nl.

Maarschalkerweerd, P. van & Niemer, S. (oktober 2018) Rapportage - Kinderen, ouders en coördinatoren over hun ervaringen na LEFF. Care for Obesity & Vrije Universiteit Amsterdam.

Mamun, A.A., Lawlor, D.A., O'Callaghan, M.J., Williams, G.M., Najman, J.M. (2005) Positive maternal attitude to the family eating together decreases the risk of adolescent overweight. *Obes Res.* Aug;13(8):1422-30.

McKinsey Global Institute (2014). *Overcoming obesity: An initial economic analysis.* [Discussion paper].

McPherson, K., Marsh, T., Brown, M., & Foresight. (2007). *Tackling Obesities: Future Choices – Modelling Future Trends in Obesity and the Impact on Health.* London: Department for Innovation, Universities and Skills.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2006). *Obesity: Guidance on the Prevention, Identification and Management of Overweight and Obesity in Adults and Children.* CG43. London: NICE.

Niemer, S., Bruggers, C., van den Eynde, E. (2015) *LEFF 2013 t/m 2015 - Een beschrijving van de ontwikkeling, uitvoering en eerste resultaten van LEFF in Nederland.* Stichting VU-VUmc Vrije Universiteit Amsterdam. Via www.partnerschapovergewicht.nl

Nowak, C., Heinrichs, N. (2008) A comprehensive meta-analysis of Triple P-Positive Parenting Program using hierarchical linear modeling: effectiveness and moderating variables. *Clin Child Fam Psychol Rev.* Sep;11(3):114-44

O'Keefke, D. Persuasion. (2016) *Theory and Research.* Sage Publications: Inc.

Oudhof, M., de Wolff, K.S., de Ruiters, M., Kamphuis, M., L'Hoir, M.P., Prinsen, B. (2013) *JGZ-Richtlijn opvoedingsondersteuning.* Via https://d1l066c6yi5btx.cloudfront.net/ncj/ncj/docs/jgz-richtlijn_opvoedingsondersteuning_def.pdf

Partnerschap Overgewicht Nederland. (2010). *Zorgstandaard Obesitas.* Via www.partnerschapovergewicht.nl.

Partnerschap Overgewicht Nederland. (2014). *Stroomschema stepped care en matched care kinderen (0-19 jaar) met overgewicht en obesitas.* Via www.partnerschapovergewicht.nl.

Petty, R.E., Fabrigar, L. R., & Wegener, D. T. (2003). Emotional factors in attitudes and persuasion. *Handbook of affective sciences* (pp 752-772). Oxford: Oxford University Press.

Prochaska, J.O. (2008) Decision making in the transtheoretical model of behavior change. *MedDecisMaking.* 28(6):845-9.

Proper, K.I. & Bemelmans, W. J.E. (2011). Overgewicht en psychische problemen: hoe vaak komen ze samen voor? Omvang beide aandoeningen in kaart gebracht. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. RIVM Rapport 260701006/

Reilly, J.J., Methven, E., McDowell, Z.C., Hacking, B., Alexander, D., Stewart, L., et al. (2003). Health consequences of obesity. *Archives of Disease in Childhood*, 88, 748–52.

Rijks, J.M., Plat, J., Mensink, R.P., Dorenbos, E., Buurman, W.A., Vreugdenhil, A.C. (2015). Children With Morbid Obesity Benefit Equally as Children With Overweight and Obesity From an Ongoing Care Program. *J Clin Endocrinol Metab*. Sep;100(9):3572-80

Ritchie, L. D., Welk, G., et al. (2005). Family environment and pediatric overweight: what is a parent to do? *J Am Diet Assoc*, 105(5 Suppl 1), S70-79.

Sacher, P.M., Kolotourou, M., Chadwick, P.M., Cole, T.J., Lawson, M.S., Lucas, A. et al. (2010). Randomized controlled trial of the MEND program: a family-based community intervention for childhood obesity. *Obesity*, 18, S62–S68.

Sacher, P.M. (2013). *Randomized controlled trial of the MEND programme: a family-based community intervention for childhood obesity*. University College London: Institute of Child Health.

Sarti, A., Dedding, C., Niemer, S. (2015) *Kinderen en ouders over LEFF*. Amsterdam: Stichting VU-VUmc, Vrije Universiteit Amsterdam. Via, <http://www.partnerschapovergewicht.nl/>

Savelkoul, M., Van Sonderen, F.L.P. (2014) *Wat is sociale steun? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Determinanten\Omgeving\Sociale leefomgeving\Sociale steun, 5 juni 2014.

Schönbeck, Y., Buuren van, S. (2010). *Resultaten vijfde landelijke groeistudie*. Leiden:TNO

Binnengehaald 13 januari 2016, via <https://www.tno.nl/media/1996/20100608-factsheet-resultaten-vijfde-landelijke-groeistudie1.pdf>

Sijben, M., van der Velde, M., van Mil, E., Stroo, J., & Halberstadt, J. (2018). *Landelijk model ketenaanpak voor kinderen met overgewicht en obesitas*. Amsterdam: Care for Obesity.

Sleddens, E.F., Gerards, S.M., Thijs, C., de Vries, N.K., Kremers, S.P. (2011) General parenting, childhood overweight and obesity-inducing behaviors: a review. *Int J Pediatr Obes*. Jun;6(2-2):e12-27.

Slinger, J., van Breda, E., Brouns, J., et al. (2008) Effects of a 12 week practice based lifestyle program to counteract overweight in adolescents: An intervention study. Published in doctoral thesis: Fit kids, healthy kids?!, by J Slinger. Maastricht University: Maastricht, The Netherlands, pp. 79–92.

Speetjens, P., Linden, D. van der, & Goossens, F. (2009). *Kennis over opvoeden: de vragen van ouders, het aanbod van de overheid en de mogelijkheden van de markt*. Utrecht: Trimbos-instituut

Spel, D. (januari 2020) Eindverslag Arrangeren van pedagogische interventies LEFF, Stichting Empower.

Thomas, S.L., Olds, T., Pettigrew, S., Randle, M., Lewis, S. (2014) "Don't eat that, you'll get fat!" Exploring how parents and children conceptualise and frame messages about the causes and consequences of obesity. *Soc Sci Med.* Oct;119:114-22.

Trost, S.G., Kerr, L.M., Ward, D.S., Pate, R.R. (2001) Physical activity and determinants of physical activity in obese and non-obese children. *International Journal of Obesity & Related Metabolic Disorders.* Vol. 25 Issue 6, p822. 8p.

Valcke, M. (2007) *Onderwijskunde als ontwerpwetenschap* (p 154) Gent: Academia Press

Van den Hof, V., de Veld, D., Zoon, M. (2018). Overgewicht. Wat werkt bij kinderen en jongeren met overgewicht en obesitas? Een review gericht op opvoeding en psychosociale factoren in interventies. Nederlands Jeugdinstituut, Utrecht.

Visscher, T.L.S., van Bakel, A.M., Zantinge, E.M. *Wat zijn de mogelijke oorzaken van overgewicht? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid.* Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Determinanten\Persoonsgebonden\Overgewicht, 28 november 2012.

Watson, L.A., Baker, M.C., & Chadwick, P.M. (2016) Kids just wanna have fun: Children's experiences of a weight management programme. *British Journal of Health Psychology,* 21, 407-420.

7. Praktijkvoorbeeld

Situatie voor

Dit praktijkvoorbeeld komt vanuit een middelgrote gemeente in Noord-Nederland; één van de gemeenten in de LEFF-pilot in 2014. Destijds is gestart in twee wijken met veel kinderen boven gezond gewicht. De keus voor LEFF is gemaakt vanwege de innovatieve benadering: niet zozeer kinderen op dieet zetten, maar inzetten op zelfvertrouwen en gedragsverandering. En de ouders meekrijgen omdat die de leefstijl van kinderen vormen en sterk beïnvloeden.

Sinds de pilot is de gemeente LEFF elk jaar blijven aanbieden. De coördinatie ligt bij de GGD. Aanmeldingen komen vooral via jeugdverpleegkundigen. Die zijn in aanraking met gezinnen en kinderen, bijvoorbeeld op scholen. Af en toe wordt een kind door een kinderarts doorverwezen.

Soms is het een uitdaging om de groep binnen de gemeente vol te krijgen; dan komen ook gezinnen uit omliggende gemeentes meedoen. Ouders vinden twee sessies per week intensief. Daarom worden de 20 bijeenkomsten nu verspreid over 15-20 weken ingepland.

Situatie tijdens

De deelnemers aan LEFF vormen een gemengde groep van verschillende afkomst. De meerderheid van de gezinnen heeft een lage sociaaleconomische status. De coach en coördinator over wat LEFF een sterke interventie maakt:

- Ze krijgen een gedegen basis mee via 'Go LEFF' en 'No LEFF', wat je beter wel en niet kan nemen qua voeding: Wat zit er eigenlijk in een blikje cola?
- De kinderen leren accepteren dat ze gewoon goed zijn, door de positieve communicatie: we steken niet in op gewicht maar op hoe ze zich fitter, blijer en gezonder gaan voelen. Vaak sporten deelnemende kinderen al 1-2 keer per week, maar LEFF beweegactiviteiten zorgen voor een fun-factor, teambuilding, vrienden maken. Je wordt niet raar aangekeken omdat je boven gezond gewicht zit, of geen uithoudingsvermogen hebt.
- LEFF is gewoon écht leuk. De eerste bijeenkomst is het nog 'We zijn hier omdat het moet', maar na drie keer komen ze graag. De supermarktspeurtocht en samen koken vinden ze het leukst.
- De kracht van de groepsvorming. Gezinnen zijn intensief met elkaar bezig, er groeit onderling vertrouwen en respect. Ze delen veel met elkaar. Bijvoorbeeld als een kind een doel niet heeft gehaald kan die vertellen "*Ja, maar papa ging niet met mij koken, want die had geen tijd*" Dat wordt dan zo openlijk neergelegd dat papa volgende keer echt wel gaat koken. Zo creëer je ook beweging. Er wordt best wel wat gevraagd, van de kinderen en de ouders. Soms kom je op vlakken waarin het veel verder gaat dan voeding. Op het moment dat we apart zitten met de ouders (wanneer de beweegcoach met de kinderen gaat sporten) en het dan hebben over de gezinssituatie, over pesten of emoties dan merk je dat daar heel veel achter zit.

Situatie na

De gemeente vindt het een mooie interventie om aan te bieden voor ouders en kinderen. Juist omdat het klein en laagdrempelig is en niet een traject van twee jaar. LEFF is kort en intensief en echt gericht op gedragsverandering, die mede door de fun-factor en het sociaal contact wordt bereikt. Een suggestie om dat verder te versterken is om na een paar maanden nog eens met de LEFF-groep samen te komen. Als het LEFF programma is

afgelopen wordt de jeugdverpleegkundige gevraagd om twee maanden later contact op te nemen met het gezin, hoe het gaat en wat ze nog nodig hebben.

Samenwerking erkenningstraject

Het erkenningstraject wordt in samenwerking uitgevoerd door het Nederlands Jeugdinstituut (NJI), het RIVM Centrum Gezond Leven (CGL), het Kenniscentrum Sport & Beweging, Vilans, het Trimbos Instituut en MOVISIE. Door samen te werken aan het beoordelen van interventies volgens eenduidige criteria streven wij naar kwaliteitsverbetering in de betrokken werkvelden.

